



## أسئلة صحية وغذائية بشأن الأطفال

الذين تتراوح أعمارهم من سنة واحدة إلى أربع سنوات -  
لأغراض الترخيص وإعادة الترخيص

### Child Health and Diet Questions

1 through 4 years of Age  
Certification and Recertification

Today's date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
تاريخ اليوم

Your child's name: \_\_\_\_\_  
اسم طفلك

Your child's birth date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
تاريخ ميلاد طفلك

Is your child Boy or Girl: \_\_\_\_\_  
هل طفلك صبي أو بنت؟

الإجابة على السؤال التالي اختياري. سيستخدم جوابك عليه لأغراض إعداد التقارير. وفي حال عدم إجابتك عليه، سيقوم طاقم الموظفين باختيار الإجابة عنك إلا أن هذا لن يكون له أي تأثير على تلقيتك مخصصات WIC.

The following question is optional. Your answer will be used for reporting purposes. If you do not answer, the staff will make a selection for you. This does not affect you receiving WIC benefits.

Is your child Hispanic or Latino? ☐ Yes ☐ No لا ☐ نعم ☐ لا

هل طفلك من أصل هسباني أو لاتيني؟ ☐ Yes ☐ No لا ☐ نعم ☐ لا

Check **all** races that apply to your child: ضعي علامة على كافة العروق التي تنطبق على طفلك :

☐ American Indian or Alaska Native

☐ أمريكي من الهنود الأمريكيين أو سكان ألاسكا الأصليين

☐ Asian

☐ آسيوي

☐ Black or African American

☐ أمريكي من أصل أسود أو أفريقي

☐ Native Hawaiian or other Pacific Islander

☐ من سكان هاواي أو جزر الباسفيك الأصليين

☐ White

☐ أبيض

What was your child's birth weight: \_\_\_\_\_ pounds \_\_\_\_\_ ounces  
ماذا كان وزن طفلك عند الولادة؟ \_\_\_\_\_ باوند \_\_\_\_\_ أونس

When was your child born? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year متى وُلد طفلك؟ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
سنة يوم شهر

What was your due date? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Month Day Year ماذا كان التاريخ المتوقع لولادتك؟ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
سنة يوم شهر

**Note to staff (لطاقم موظفي البرنامج فقط): Calculate Weeks Gestation with client's response and validate with EDD/ADD if available.**

## Medical Information Screen



## شاشة المعلومات الطبية

1. فيما يتعلق بالحالات الطبية والأمراض الحديثة: سيعطيك طاقم برنامج WIC قائمة بالحالات الطبية لتضعي علامة على المسائل الطبية التي يعاني منها طفلك.

1. **Medical conditions/recent illnesses:** WIC Staff will give you a list of medical conditions to review.

2. Does your child take any **medicines:** (Check if yes) ☐  
If yes, what kind?

2. هل يأخذ طفلك أي دواء؟ (ضعي علامة إذا كان الجواب بنعم) ☐  
إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

Any side effects? ☐ Yes ☐ No ☐ لا ☐ نعم

3. Does your child have any **dental problems** that make it difficult to eat? ☐ Yes ☐ No  
If yes, what kind?

إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

4. Mother's Height:  ft  in 5. Mother's Weight:  lb  
وزن الأم:  قدم  إنش 5. وزن الأم:  باوند

This should be answered by the **biological mother** only. What is your current height and weight? (OR if you are pregnant now or had a baby in the past 6 months, what was your weight before that pregnancy?)

ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الأم الطبيعية (التي أولدت الطفل) فقط: ما هو طولك ووزنك الحالي؟ (أو إذا كنت حاملاً في الوقت الحاضر أو ولدت طفلاً في الشهور الستة الماضية، فماذا كان وزنك قبل ذلك الحمل؟)

6. Father's Height:  ft  in 7. Father's Weight:  lb  
6. طول الأب:  قدم  إنش 7. وزن الأب:  باوند

This should be answered by the **biological father** only.

ينبغي أن تكون الإجابة من قبل الوالد الطبيعي فقط.

8. Does anyone living in your **household smoke** inside the home? (CDC)  
☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ لا ☐ غير معروف ☐ نعم

9. About how many hours did your child sit and **watch television** or videos yesterday? (CDC)  
كم ساعة تقريباً جلس طفلك أمس أمام التلفزيون أو لعب ألعاب الفيديو؟

> 0 and < 1 hour	1 hour	ساعة واحدة	أكثر من صفر وأقل من ساعة واحدة
2 hours	3 hours	3 ساعات	ساعتان
4 hours	5 or more hours	5 ساعات أو أكثر	4 ساعات
None	Unknown	غير معروف	بدون

**BF Statistics Tab** (CDC)**تبيويب إحصائيات الرضاعة الطبيعية** (CDC)

هل تم إرضاع هذا الطفل رضاعة طبيعية أو تم إطعامه حليباً طبيعياً في أي وقت مضى؟

Was this child ever breastfed or fed breast milk?

☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ لا ☐ نعم ☐ غير معروف

Is this child currently breastfed?

هل يرضع هذا الطفل رضاعة طبيعية في الوقت الحالي؟

☐ Yes ☐ No ☐ لا ☐ نعم

كم كان عمر هذا الطفل عند إرضاعه أو إطعامه للمرة الأولى شيئاً غير الحليب الطبيعي؟

How old was this child when he/she was **first fed** something other than breast milk?

☐ إرضاع الطفل رضاعة طبيعية فقط (ضعي علامة هنا إذا لم يتم إطعام أو إرضاع الطفل في السابق شيئاً غير الحليب الطبيعي)

☐ Exclusively Breastfed (Check here if child has never had anything except breast milk)

شهور  
Months  
أسابيع  
Weeks  
أيام  
Days

أنصاف الطعام (ارسمي دائرة واحدة حول أحد الأطعمة التالية)  
Type of Food (Circle One)

العمر  
Age:    ☐ غير معروف  
☐ Unknown

Cereal  
Cow's Milk  
Formula  
Fruit Juice  
No Information Provided  
Vegetable  
Water  
سيريال  
حليب بقري  
حليب اصطناعي  
عصير الفاكهة  
لم تعط معلومات بهذا الصدد  
خضار  
ماء

(أجيب على السؤال التالي إذا لم يعد يرضع طفلك الحليب الطبيعي)

كم كان عمر هذا الطفل عندما توقف كلياً عن الرضاعة الطبيعية أو إرضاعه الحليب الطبيعي؟

(Answer the next question if your child is no longer getting breast milk)

How old was this child when he/she completely stopped breastfeeding or being fed breast milk?

سبب إنهاء الرضاعة الطبيعية (ضعي دائرة واحدة حول أحد الأسباب التالية)

Reason Breastfeeding Ended (Circle One)

شهور  
Months  
أسابيع  
Weeks  
أيام  
Days

العمر  
Age:    ☐ غير معروف  
☐ Unknown

Baby distracted	شروع الرضيع
Breast/Nipple Pain	آلام في الثدي و/أو الحلمة
Doctor recommended	عملاً بتوصية الطبيب
Infant/Child Illness/Condition	مرض أو حالة الرضيع / الطفل
Lack of Support	افتقار الدعم
Latch Issues/Refused Breast	مسائل في التقاط الحلمة أو رفض الثدي
Low Milk Supply	قلّة در الحليب
Maternal Illness/Surgery	معاناة الأم من مرض أو جراحة
Medication	الدواء
Mother's Preference	خيار الأم لذلك
No Information Provided	لم تعط معلومات بهذا الصدد
Other	غير ذلك
Return to School	عودة إلى المدرسة
Return to Work	عودة إلى العمل
Teething	تسنين

## Nutrition History Screen



## شاشة معلومات التغذية

1. إذا كان يُرضع رضاعة طبيعية، فكم كان عمر هذا الطفل عندما بدأ إطعامه بشكل عادي طعاماً غير الحليب الطبيعي؟  
1. If breastfed, how old was this child when he/she was routinely fed something other than breast milk?

□ / Days أيام □ / Weeks أسابيع □ / Months شهور □

### Type of Food Choices:

- Cereal □ Cow's milk □ Formula □ حليب اصطناعي □ سيريال □ حليب بقر  
□ Meat □ Fruit □ Juice □ عصير □ لحم □ فاكهة  
□ Vegetable □ Water □ خضار □ ماء

2. Number of **Meals** your child usually eats in a day: كم وجبة غذائية يأكل طفلك عادة في اليوم:  
□ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 or more □ 5 أو أكثر

3. Number of **Snacks** your child usually eats in a day: كم وجبة مأكولات خفيفة يأكل طفلك عادة في اليوم:  
□ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 or more □ 5 أو أكثر

4. How many ounces of **milk** does your child drink most days? □ كم مرة يشرب فيها طفلك الحليب في معظم الأيام؟

5. How many ounces of **juice** does your child drink most days? □ كم مرة يشرب فيها طفلك العصير في معظم الأيام؟

6. Is your child's **appetite** usually: هل شهية طفلك عموماً: □ جيدة □ لا بأس بها □ ضعيفة  
□ Good □ Fair □ Poor

7. Check here if your child is on a **special diet**: □ If yes, what kind? ضع علامة هنا إذا كان طفلك يتبع نظاماً غذائياً خاصاً؟ □ إذا كان الجواب بنعم، فما نوعه؟

8. How many times a week does your child eat **Fast Food**? كم مرة في الأسبوع يأكل فيها طفلك المأكولات السريعة ("فاست فودز") المحضرة في المطاعم؟  
□ 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 or more □ 5 أو أكثر

9. Does your child have any **food allergies**? If yes, to what? هل يعاني طفلك من حساسية ضد أي نوع من أنواع الطعام؟ إذا كان الجواب بنعم، فما هي؟

10. Does your child eat or drink any of the following every day or most days? (Check all that apply):

- ☐ Skim, 1/2%, 1% or 2%
- ☐ Milk substitutes (rice milk, soy milk, non-dairy creamer, sweetened condensed milk or homemade milks)
- ☐ Pop, Koolaid, Sports drinks, flavored water, sweet tea, Jell-O water
- ☐ Baby food or blenderized food only
- ☐ None apply

11. Does your child eat or drink any of the following? (Check all that apply):

- ☐ Raw (unpasteurized) juice or milk
- ☐ Soft cheese (feta, camembert, Brie, queso blanco, queso fresco, Panela)
- ☐ Raw or undercooked (rare) meat, fish, poultry or eggs
- ☐ Raw sprouts/tofu
- ☐ Hot dogs, lunchmeats, and other deli meats not reheated to steaming hot
- ☐ Michigan fish
- ☐ None apply

12. Does your child? (Check all that apply):

- ☐ Use a bottle
- ☐ Sleep with a bottle
- ☐ Use a bottle all through the day or as a pacifier
- ☐ Take cereal or other food in a bottle
- ☐ Drink juice in a bottle
- ☐ Sip from a training or sippy cup all day long
- ☐ Use a pacifier dipped in sugar, honey or syrup
- ☐ None apply

10. هل يأكل أو يشرب طفلك كل يوم أو في معظم الأيام أيًا من الأشياء التالية: (يُرجى وضع إشارة على كل ما هو ملائم)

- ☐ حليب مقشود (سكيم) أو بدسم 2/1%، أو 1%، أو 2%
- ☐ بديل معوّض عن الحليب (حليب الأرز، حليب الصويا، كريما من مصدر غير حليبي، حليب مكثف محلي، أو حليب صنع منزلي)
- ☐ مشروبات غازية، أو كول آيد، أو مشروبات رياضية، أو مياه منكهة، أو شاي محلي، أو ماء مخلوط مع جالو
- ☐ طعام للأطفال الصغار أو طعام مخلوط فقط.
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

11. هل يأكل أو يشرب طفلك أيًا من الأشياء التالية: (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

- ☐ عصير أو حليب خام (غير مبستر / معقم)
- ☐ أجبان طرية (مثل فتّا، كاميمبيرت، بري، أجبان على الطراز المكسيكي مثل جبن "بلانكو"، "فريسكو" و"بانيللا")
- ☐ لحوم أو أسماك أو دواجن نيّة أو غير مستوية (ملوّحة) أو بيض نيّ أو غير مستوي
- ☐ براعم نيّة أو توفو نيّ
- ☐ هوت دوغ ونقانق، لحوم غداء مجففة ("لنش ميت") وغيرها من لحوم ("الدلي") المجففة التي لا يعاد تسخينها على حرارة عالية جداً
- ☐ سمك من أنهار وبحيرات ميشيغان
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

12. هل طفلك؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم):

- ☐ يستخدم قنينة الرضاعة
- ☐ ينام مع قنينة الرضاعة
- ☐ يستخدم القنينة طوال اليوم كـهّاية
- ☐ يتناول السيريال أو أي طعام آخر في القنينة
- ☐ يشرب العصير من قنينة الرضاعة
- ☐ يرشف من كوب رشف أو تدريب على الشرب طوال اليوم
- ☐ يستخدم لهّاية مغموسة بالسكر أو العسل أو الشراب
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

13. Does your child? (Check all that apply):

- ☐ Eat a strict vegetarian diet
- ☐ Eat a low calorie/weight loss diet
- ☐ Regularly eat non-food items (ashes, carpet fibers, cigarettes or cigarette butts, clay, dust foam rubber, paint chips, soil, laundry or corn starch)
- ☐ Have to eat when he/she doesn't want to
- ☐ Eat only by being spoon-fed (child never feeds self with spoon, fingers, etc.)
- ☐ Choke on his/her food often
- ☐ Take a fluoride supplement daily
- ☐ Take a vitamin/mineral supplement daily
- What kind? \_\_\_\_\_
- ☐ Use herbal supplement remedies or teas
- What kind? \_\_\_\_\_
- ☐ None Apply

13. هل طفلك؟ (ضعي علامة على كل ما هو ملائم)

- ☐ يأكل طفلك حسب نظام غذائي نباتي بحث
- ☐ يأكل طفلك حسب نظام غذائي بسعرات حرارية قليلة لتخفيف الوزن
- ☐ يأكل طفلك بانتظام أشياء غير متعلقة بالطعام (رماد، ألياف السجاد، سجائر أو كعوب سجائر، طين، غبار، مطاط رغوي، قشور الدهان، تربة، نشاء الغسيل أو نشاء الذرة)
- ☐ يُفرض على طفلك أكل كل ما لا يرغبه أو يريد
- ☐ يأكل طفلك إذا أطمع بملعقة فقط (لا يستخدم الطفل أبداً الملعقة بنفسه أو أصابعه وما شابه ذلك ليطلع نفسه)
- ☐ يتشرّد طفلك غالباً في طعامه
- ☐ يأخذ طفلك مقوّى الفلور ايد يومياً
- ☐ يأخذ طفلك الفيتامينات أو المقويات المعدنية يومياً
- ما نوعها؟ \_\_\_\_\_
- ☐ يُعطى طفلك علاجات عشبية أو الشاي العشبي
- ما نوعها؟ \_\_\_\_\_
- ☐ لا ينطبق كل ما ذكر أعلاه على طفلي

14. هل تم إدخال طفلك في بيت للتربية البديلة (فoster كير) في الشهور الستة (6) الماضية؟ ☐ نعم ☐ لا

14. Has your child been in **foster care** in the past 6 months? ☐ Yes ☐ No

15. هل يعاني أحد أفراد العائلة من إعاقة قد تسبب صعوبة في تنظيم أو تحضير الطعام لطفلك الرضيع؟ ☐ نعم ☐ لا

15. Does a family member have a **disability** that would make it difficult to plan or prepare food for your child? ☐ Yes ☐ No

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English. To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by: mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

**Staff Notes (لاستعمال طاقم موظفي البرنامج فقط)**

CPA Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_